Extrait de la Gazette des Hôpitaux. — Septembre 1842.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS

MÉMOIRE

SUR

DES MOYENS NOUVEAUX DE TRAITEMENT

DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES,

PRÉSENTÉ A L'ACADÉMIE DES SCIENCES,

PAR M. LE ROY-D'ÉTIOLLES.

Dans les opérations entreprises pour la cure des fistules vésico-vaginales, l'insuccès est la règle; le succès une rare, très-rare exception. C'est là une triste vérité que nous sommes contraints de reconnaître. Si les efforts de la chirurgie sont demeurés impuissans, cela provient de trois causes, qui sont : 1° la diminution et l'effacement de la capacité de la vessie ; 2° le peu d'épaisseur de la cloison vésico-vaginale et l'amincissement du bord de la fistule ; 3° l'action délétère de l'urine sur les adhérences qui commencent à se former. A ces trois causes, qui sont constantes, il faut en joindre une quatrième, qui, pour être relative, n'en est pas moins puissante : je veux parler de l'étendue de la perforation et de sa forme. C'est la *réunion de toutes ces circonstances* défavorables qui rend si rare, si difficile, la guérison des fistules vésico-vaginales ; une seule ne serait point un obstacle si elle était *isolée*. Maintenant, dire précisément le point où cette réunion devient un empêchement absolu, me semble difficile et hasardeux.

Examinons l'une après l'autre chacune de ces causes d'insuccès, et voyons s'il ne serait pas possible de diminuer ou de corriger leur fâcheuse influence. Commençons par le *racornissement de la vessie*, la *diminution de capacité*, et même l'*effacement de la cavité de cet organe*. C'est après la réunion des bords de la fistule et l'enlèvement de la sonde éva-

cicatrice que l'on suppose devoir s'exercer la fâcheuse influence du racornissement ; l'urine, ne trouvant plus de cavité pour la contenir, distend les parois, et détermine leur rupture là où la résistance est moindre, c'est-à-dire dans la cicatrice nouvelle. Je dis que l'on suppose ; car, comme bien rarement le travail de cicatrisation arrive à ce point, comme la lymphe coagulable est détruite et entraînée par le contact de l'urine à mesure qu'elle se forme ; comme il n'y a point d'adhésion, point de cicatrice, rien à rompre par conséquent, il est permis de rester dans le doute sur cette rupture jusqu'à ce que l'expérience soit venue confirmer ou infirmer une crainte peut-être vaine. Si l'urine, aussitôt après l'enlèvement de la sonde évacuatrice, ne recommençait pas à suinter par la fistule ; si l'organisation de la cicatrice avait eu le temps de se faire, il est probable que la ténacité bien connue du tissu inodulaire suffirait pour maintenir le liquide dans son réceptacle, dont la capacité se rétablirait peu à peu ; les envies d'uriner seraient seulement très-fréquentes d'abord. Est-il nécessaire de rappeler que cet état de rétraction de la vessie ne se produit pas d'abord, qu'il faut pour cela un certain temps de vacuité habituelle ; que par conséquent s'il n'y avait pas d'autres causes d'insuccès, l'on devrait pouvoir guérir toutes les fistules récentes? Ce n'est donc point là qu'est la grande difficulté. Admettons cependant, car cela doit être, que la diminution et l'absence de la cavité de la vessie soient en effet un obstacle à la guérison des fistules vésico-vaginales ; mais est-il donc si difficile de le surmonter par un *tamponnement préparatoire* qui, forçant l'urine à séjourner dans la vessie, la dilaterait peu à peu, et la ramènerait à un état voisin de la capacité ordinaire? Je reviendrai sur le tamponnement en parlant du traitement palliatif ; je dirai seulement que, pour être méthodique, il doit être fait avec des substances souples et inaltérables, telles que le caoutchouc en pâte.

La *largeur* et la *forme des fistules* ont, avons-nous dit, une très-grande influence sur les chances de guérison. Cette forme et cette largeur sont extrêmement variables : sur cinquante perforations, il n'y en a pas deux qui se ressemblent absolument. Parmi les femmes que j'ai eu l'occasion de toucher et d'examiner au spéculum, j'en ai noté six chez lesquelles il était impossible de sentir immédiatement le col de l'utérus, masqué par des adhérences, et dont les règles avaient été supprimées, sans que, pour quelques-unes, il en résultât des troubles trop grands dans la santé générale. Sur sept, la lèvre postérieure de la fis-

tule adhérait à la face antérieure du col de l'utérus ; trois avaient sur la face postérieure du vagin des brides épaisses en forme d'arcade ; deux avaient eu des déchirures du périnée ; trois avaient perdu la totalité de la cloison vésico-vaginale, en sorte que la paroi antérieure de la vessie venait faire hernie à la vulve. L'une d'elles, par suite d'opération chirurgicale, avait une division de toute la longueur de l'urètre, en sorte que la section formait un T avec la fistule. Je connais un autre fait de division de l'urètre, du méat urinaire à la fistule, à l'occasion duquel j'ai été consulté par M. Cazenave, de Bordeaux.

Les adhérences vicieuses, comme on le voit, sont la cause la plus commune de la déformation de l'ouverture fistuleuse. L'indication pratique est, sans nul doute ; de détruire ces adhérences lorsqu'elles rendent béante l'ouverture et nuisent au rapprochement de ses lèvres ; mais la chirurgie pourrait encore diminuer ou prévenir les inconvéniens qu'elles entraînent, en surveillant le travail de cicatrisation qui suit les perforations. C'est aux accoucheurs et aux sages-femmes surtout qu'il appartient de rendre ce service, puisque les fistules vésico-vaginales ont pour cause ordinaire le travail long et laborieux de l'accouchement, le séjour prolongé de l'enfant dans le détroit du bassin. Loin de cacher à la malade et de se dissimuler à eux-mêmes le plus long-temps possible un accident accompli, inévitable, et qui le plus souvent ne saurait leur être reproché sans injustice, les accoucheurs devraient, par un pansement ou tamponnement approprié, s'efforcer d'en amoindrir les conséquences.

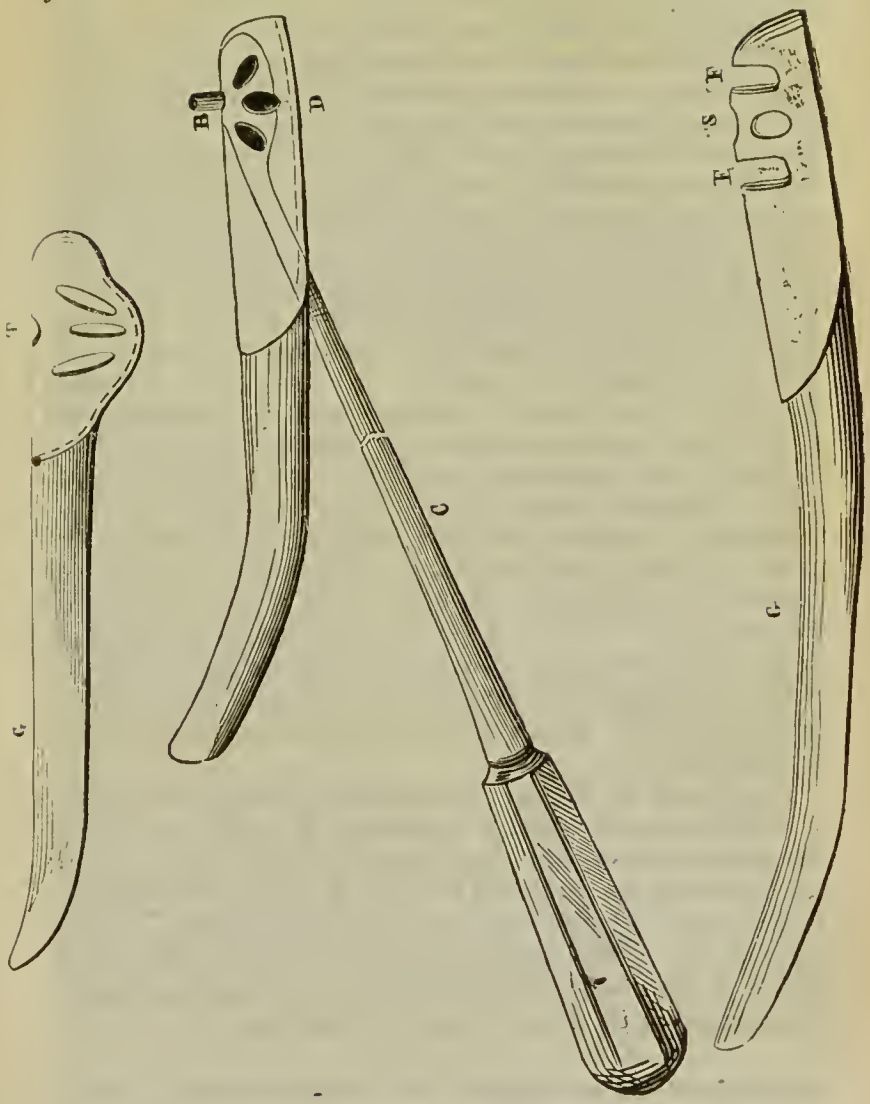
Petites et moyennes fistules. Cautérisation rayonnante. Cautérisation préparatoire approximative.

Beaucoup de petites fistules sont fermées par les seuls efforts de la nature, c'est un fait parfaitement établi ; pour d'autres, il suffit d'aviver les bords par de légères applications de caustiques. Plusieurs des guérisons obtenues par M. Lallemand doivent probablement être rangées dans cette catégorie. Si la division est un peu plus large et avec perte de substance, la cautérisation peut bien encore procurer quelques guérisons, mais beaucoup plus rares, et, pour réussir, elle demande à être faite avec methode. Les deux modes de cautérisation généralement employés sont le fer rouge et le nitrate d'argent : ce dernier est peu douloureux et d'un facile emploi ; mais son action est bornée à la mu-

queuse ou même à l'épiderme muqueux, et donne lieu à une eschare molle, grisâtre, qui se détache sans laisser après elle une inflammation assez vive pour produire l'adhésion avec le bord opposé de la fistule, en admettant qu'aucune cause ne vînt la détruire. Le fer rouge est plus effrayant et plus douloureux; mais il agit plus profondément, et l'eschare qu'il produit laisse à découvert, en se détachant, une surface vive, suppurante, et dans de meilleures conditions pour une réunion par seconde intention; il produit en outre une sorte de rétraction, de froncement des tissus. Cette action plus profonde, loin d'être regardée comme un avantage, a été considérée par quelques-uns comme un inconvénient, attendu que si le fer rouge ne produit pas la réunion dès la première application, l'eschare qu'il détermine doit laisser, en se détachant, l'ouverture plus large. Ce reproche n'est pas dénué de fondement lorsqu'on agit sur le bord libre de l'ouverture; et Dupuytren, qui faisait un fréquent usage du cautère actuel, a vu parfois se produire un effet diamétralement opposé au but qu'il se proposait.

La cautérisation sur l'intérieur de la fistule, soit avec le fer rouge, soit avec le nitrate d'argent ou tout autre caustique, me semble encore pécher sur un point que voici. Pendant les premiers jours qui suivent l'application du cautère, le gonflement inflammatoire (lorsque la perforation n'est pas trop large) tient en contact les lèvres assez intimement pour que l'urine cesse de suinter; mais comme dans ce même temps les parties qui se touchent sont frappées de mort, elles ne peuvent contracter d'adhérences: quelques jours plus tard les eschares se détachent; mais en même temps le gonflement inflammatoire cesse, et les lèvres de la fistule s'écartent dans l'instant où elles allaient se trouver dans des conditions favorables à leur union. Si le rapprochement des bords de la perforation pouvait être obtenu d'abord d'une manière permanente par un plissement des parois du vagin, que maintiendraient des adhérences, il est évident que la cautérisation aurait bien plus de chances de réussite. C'est dans le but d'arriver à ce résultat que j'ai imaginé la cautérisation radiée, pratiquée sur la surface du vagin vers les angles de la fistule, au moyen de traits de feu ou de caustique dont l'action n'est pas assez profonde pour intéresser l'épaisseur de la cloison, mais suffit cependant pour plisser le vagin. Cette cautérisation en rayon peut être faite avec promptitude et régularité au moyen ou de plaques en demi-cylindres ou de spéculums fenêtrés. Voyez figures 1, 2 et 3.

Fig. 1. *Fig.* 2. *Fig.* 3.



La direction la plus convenable et la plus rationnelle des ouvertures est celle de la figure 1. Les cicatrices que produit cette cautérisation radiée ont pour effet de tirer sur les extrémités de la boutonnière et de rapprocher l'un de l'autre les bords de la fistule. Lorsque le contact paraît suffisant, c'est alors que le cautère est appliqué sur les lèvres pour produire l'avivement.

La première de ces deux cautérisations peut se nommer *approximative*, et la seconde *adhésive*.

Dira-t-on pour dénier à ce procédé le caractère de la nouveauté, que dans la pratique ordinaire la cautérisation se répète et se fait par conséquent en plusieurs temps ? Mais là le caustique porte toujours sur les mêmes points, toujours sur le bord libre de la division ; et qu'en arrive-t-il ? C'est que la seconde cautérisation mortifie la surface que la première avait avivée, réprime les bourgeons charnus, sèche la suppuration, et s'oppose à la formation des adhérences.

La cautérisation peut encore procurer la fermeture graduelle des fistules par une imitation du travail de la nature dans les brûlures des commissures des lèvres et des paupières ; pour cela elle doit ne porter que sur les angles de la fistule, et être faite tous les cinq à six jours jusqu'à parfaite occlusion. Le rapprochement s'opère alors des extrémités de la division vers le centre. M. J. Cloquet, par de semblables cautérisations sur l'angle de la division, est parvenu à opérer la réunion du voile du palais.

Si pour la cautérisation *radiée en deux temps* on voulait employer le caustique de Vienne, plus difficile à manier à cause de sa mollesse, on pourrait l'étendre sur les plaques creusées *ad hoc* que j'ai fait exécuter, et qui sont représentées fig. 3 et 4 de la pl. 76 de la Médecine opératoire de MM. Bourgery et Jacob.

La solidification de ce caustique, et sa disposition en cylindre obtenues par MM. Filhos et Galot, rendraient encore plus facile son application.

Il est inutile de dire que l'instrument tranchant pourrait servir à produire *ce plissement préparatoire* du vagin, en enlevant la portion de la cloison vésico-vaginale faisant saillie à travers les ouvertures des gouttières fenêtrées 1, 2, 3 ; ouvertures dont la largeur est calculée sur l'épaisseur de la cloison ; de telle sorte que la portion saillante enlevée ne forme même pas la moitié de l'épaisseur de cette cloison. Pour couper nettement ce bourrelet, je le traverse avec un *tenaculum*.

Accollement par de larges surfaces. Soulèvement de la cloison vésico-vaginale.

Le *peu d'épaisseur de la cloison* vésico-vaginale et l'*influence délétère de l'urine* sur la lymphe coagulable qui forme les adhérences récentes sont, avons-nous dit, au premier rang des circonstances défavorables, par leur réunion seulement, car cha-

cune d'elles isolément ne serait pas un empêchement absolu. En effet, nous voyons des cloisons aussi minces et formées à peu près des mêmes éléments, le voile du palais, par exemple, se réunir. D'autre part nous voyons que, dans les opérations de taille, l'occlusion de la vessie et la cicatrisation se font malgré le contact et le passage de l'urine. Toutefois on a tiré de ce fait une conséquence forcée lorsqu'on a prétendu y voir la preuve de l'innocuité de ce liquide : il n'y a point de parité à établir entre une division produite par l'instrument tranchant et un trou avec perte de substance ; entre une mince paroi et des tissus épais de nature diverse. Il est facile de voir dans la taille recto-vésicale l'influence de l'épaisseur des tissus sur la cicatrisation : lorsque, dans les premiers temps où cette opération fut faite, l'incision portait sur la cloison, des fistules en étaient la suite ordinaire ; plus tard, lorsque Sanson et Vacca la pratiquèrent partie sur la prostate, partie sur la cloison, l'on vit la réunion s'opérer en avant et point en arrière, en sorte que, pour éviter une infirmité, on en est venu à n'inciser que la prostate et le col. De même pour les fistules de l'urètre ; les plus difficiles à guérir ne sont-elles pas celles qui existent sur la verge là où le canal est seulement recouvert par une peau mobile dépourvue de graisse?

On voit, par ces exemples, que de la réunion des deux causes proviennent les obstacles à la guérison. Examinons par quels moyens l'art peut les surmonter. Détourner l'urine pour l'empêcher de baigner les fistules, telle est la première idée qui présente à l'esprit ; mais ici point de possibilité de prendre liquide au-dessus de la perforation, comme on peut le faire pour les fistules urétrales : il faudrait pour cela faire le cathétérisme des uretères, impraticable jusqu'à ce jour. Il ne serait peut-être pas impossible, en les saisissant et les comprimant dans l'épaisseur de la cloison à leur orifice, de retenir l'urine assez pour les dilater, les ponctionner du côté de la vessie, et y mettre de petites sondes préalablement engagées par l'urètre ; mais il est probable que cette rétention d'urine, même temporaire dans l'uretère, serait extrêmement douloureuse, préjudiciable aux reins, et dangereuse pour la santé générale. Nous en sommes donc réduits à épuiser l'urine dans la vessie, au moyen d'une sonde, à mesure qu'elle arrive. Comme dans le décubitus sur le dos la fistule occupe la partie la plus déclive du réservoir, et que l'urine a plus de tendance à suinter par cette ouverture qu'à s'engager dans les yeux de la sonde ; on a imaginé de faire coucher le ma-

lade sur le ventre : malheureusement cette posture, contraire aux intentions de la nature, n'a pu être long-temps supportée ; des eschares se sont formées aux genoux, aux crêtes iliaques, et il a fallu y renoncer. La seule ressource qui nous reste pour diminuer le passage de l'urine et son influence délétère, c'est de *soulever la cloison* et de *maintenir la fistule élevée au-dessus du col et des parties latérales* de la vessie, pour que l'urine ait plus de propension à se porter vers ces points, où les yeux de la sonde sont disposés pour la recevoir, qu'à filtrer par la perforation. Voilà pour l'une des causes d'insuccès : quant à l'autre, c'est-à-dire le peu d'épaisseur de la cloison vésico-vaginale ; un moyen rationnel d'y remédier, c'est d'*étendre les points de contact en accolant non pas seulement les bords amincis de la fistule*, comme le font la sonde-érigne de M. Lallemand et la suture simple, *mais les parois vaginales avivées au pourtour de l'ouverture.* Cet effet, on l'obtient encore par le soulèvement de la cloison vésico-vaginale ; en sorte que par ce procédé l'on peut obvier tout à la fois aux deux causes les plus puissantes d'insuccès. Quant aux moyens de produire ce soulèvement de la cloison et cet accolement par de larges surfaces, ils sont variables. Nous avons vu que, par la cautérisation approximative préliminaire, on obtient ces deux effets d'une manière permanente, et nous avons énuméré les motifs qui doivent la faire préférer quand elle est applicable ; mais il se peut qu'elle ne le soit pas, ou que le plissement du vagin soit insuffisant pour maintenir la fistule au-dessus du niveau de l'urine, alors même qu'on épuise le liquide avec une sonde tenue débouchée. Il faut alors recourir à d'autres moyens.

Le soulèvement et l'accolement peuvent être produits par des instruments métalliques. Parmi les nombreux systèmes d'érigne que l'on a imaginés, il y en a un petit nombre avec lesquels on pourrait obtenir cet effet : l'érigne, par exemple, que j'ai fait construire et que j'ai représentée dans la figure 4, me paraît devoir mieux qu'aucune autre le produire. Elle est formée de deux pièces glissant à coulisse l'une sur l'autre comme les lithotribes. Mais il ne faut pas oublier que les crochets des érignes ont un grave inconvénient, celui de déchirer les tissus, surtout quand la traction est un peu forte ; et ici elle doit l'être pour opérer tout à la fois le rapprochement et le soulèvement. J'ai donc imaginé un autre procédé, que voici : *la surface vaginale ayant été dénudée de sa muqueuse dans une étendue d'un centimètre au moins au pourtour de la fistule*, on intro-

duit dans le vagin un pessaire en ivoire, portant une tige métallique courbée en demi-cercle, comme on le voit figure 5 ;

Fig. 4.

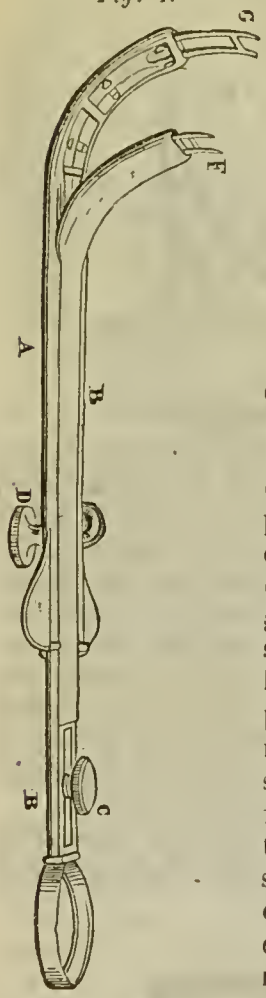
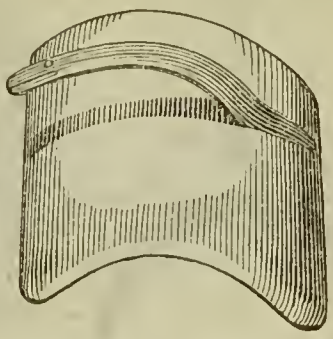


Fig. 5.



on met le centre de cette tige métallique en rapport avec la perforation, puis on fixe le pessaire par un tamponnement méthodique (j'ai indiqué comme préférable la charpie enduite de caoutchouc en pâte, ou le caoutchouc pur). Par ce moyen la cloison est soulevée, les portions avivées du vagin en avant et en arrière de la fistule s'accolent et adhèrent au-dessous du cylindre métallique, lequel se trouve emprisonné dans l'anse. Pour le dégager sans rompre les adhérences, on enlève la substance qui avait été employée à tamponner ; le pessaire est détaché de l'anse métallique, et cette anse elle-même, étant saisie par son extrémité avec des pinces, est dégagée par un mouvement de circumduction qui ramène vers la paroi postérieure du vagin la convexité du demi-cercle qui précédemment était en rapport avec la fistule.

La forme et la substance des pessaires qui supportent la tige courbe élévatrice n'ont rien d'absolu ; l'ivoire, le platine, l'argent peuvent être employés. Quant à la tige, il faut qu'elle soit tout à la fois ferme et inaltérable: Le platine, qui réunit ces deux conditions, est préférable ; à son défaut, l'on peut faire usage d'argent.

J'ai encore imaginé un autre mode de soulèvement de la cloison vésico-vaginale et d'accolement par de larges surfaces ; on peut en prendre une idée dans les figures 6, 7.

Fig. 6.

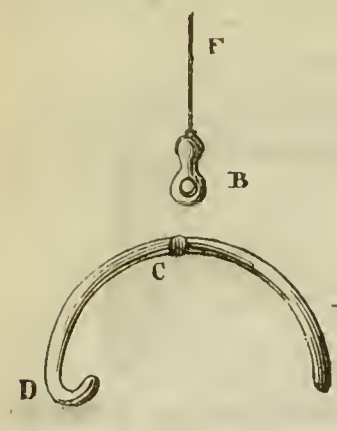
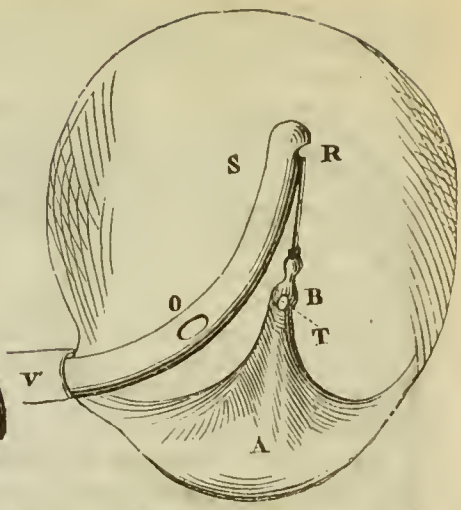


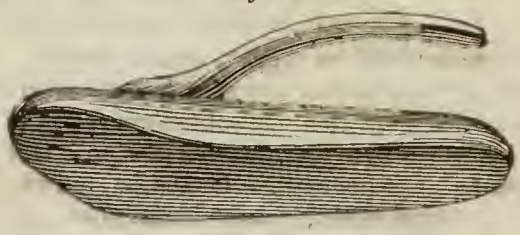
Fig. 7.



Une anse métallique le produit encore ; mais cette anse, au lieu d'être poussée de bas en haut par le pessaire et le tamponnement, est tirée par un cordon qui passe dans une ouverture R faisant l'office de poulie, pratiquée vers l'extrémité d'une sonde métallique courbe. Nous venons de dire que des adhérences se forment au-dessous de l'anse, l'enveloppent, l'emprisonnent ; il faut donc avoir un moyen de la dégager en ménageant ces adhérences. C'est afin d'opérer ce dégagement que j'ai adopté le mécanisme représenté dans la figure 6. — L'anse CD, saisie par son crochet au moyen d'une pince à pansement, est dégagée de la boule B par un mouvement de circumduction ; et la boule elle-même ressort par l'urètre, entraînée par le cordon E qui l'attache.

Lorsque la fistule est longitudinale, ce qui est la très-minime exception, l'anse élévatrice doit avoir une autre disposition ; l'on peut en voir un exemple dans la figure 8.

Fig. 8.



Pour faciliter l'écoulement de l'urine par la sonde, et diminuer la propension à passer par la fistule, l'opérée sera tenue dans son lit plutôt assise que couchée.

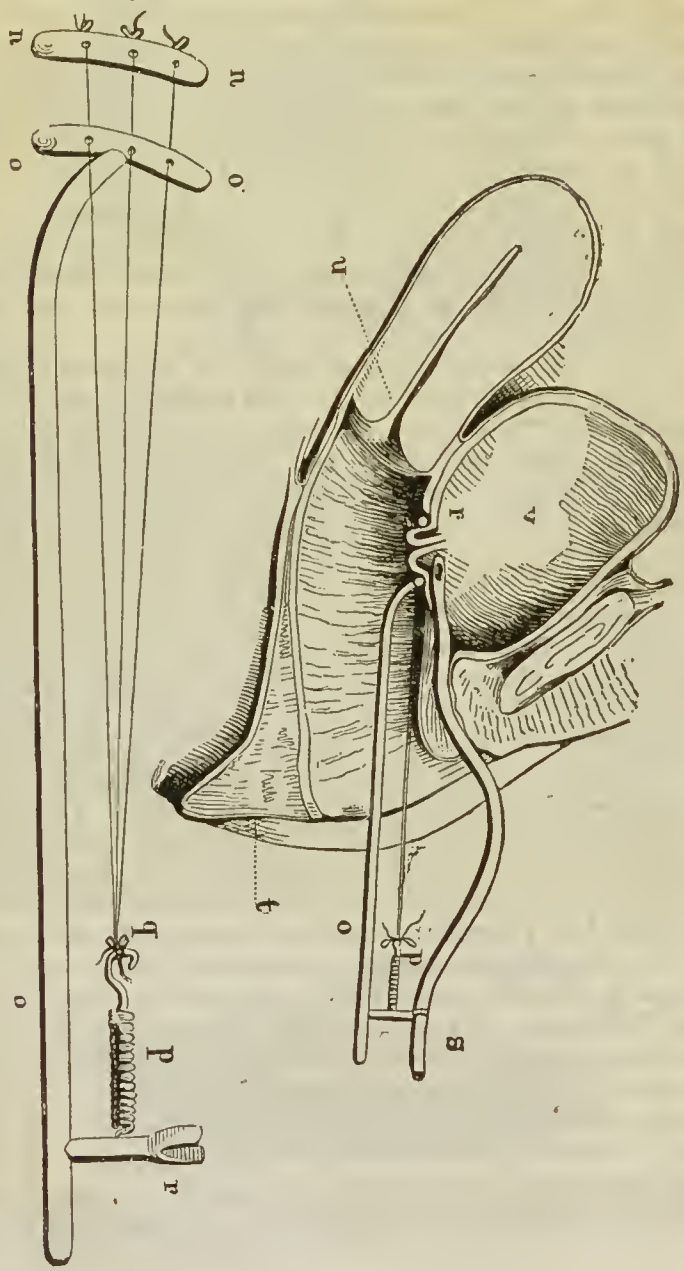
De la suture.

La suture est le moyen auquel on a le plus ordinairement recours lorsque les fistules ont une certaine largeur, lorsque la cautérisation a été impuissante ou a paru devoir l'être. On pourrait faire jusqu'à un certain point aux sutures le reproche que j'adressais tout à l'heure aux érignes, celui de couper les tissus et de produire des dentelures sur les bords de la fistule; j'ai même vu à l'hôpital de la Pitié la division de toute la longueur de l'urètre operée par le fil qui, dans le procédé d'anaplastie de M. Jobert, maintient le sommet du lambeau dans la fistule et revient par l'urètre. Il est vrai de dire que, dans les mutations opérées entre les chefs de service, la malade avait été oubliée, et le fil, au lieu de passer dans une sonde, était à nu dans l'urètre.

Celle des sutures qui expose le moins à la section et à la déchirure des bords de la fistule, est sans contredit la suture enchevillée; pour qu'elle soit faite suivant l'un de principes que nous avons posés : *accolement par de larges surfaces*, il est indispensable que le point où ressort le fil après avoir traversé la cloison soit distant de neuf à dix mill. du bord de la fistule; la portion libre relevée du côté de la vessie présente sa face vaginale à l'autre lèvre également relevée, en sorte que les surfaces préalablement avivées autour de la fistule s'accolent. Voy. figure 10. Le gonflement inflammatoire qui survient deux ou trois jours après l'opération, est une cause puissante de déchirure des lèvres de la fistule; si, pour la prévenir, on n'exerce qu'une faible constriction au moment de l'opération, le contact des lèvres, lorsque le gonflement inflammatoire est tombé, n'est plus assez immédiat pour opérer la réunion. Le moyen d'obvier à ce grave inconvénient, c'est de donner aux fils assez d'élasticité pour se prêter au gonflement des tissus, et reprendre ensuite le degré de pression nécessaire pour maintenir le contact. L'on y parvient en faisant usage de fils de caoutchouc que j'ai employés pour opérer la suspension des lèvres de la division de la vessie, après la taille hypogastrique, afin de prévenir l'infiltration de l'urine; ces fils, je les ai proposés pour les sutures en général, dans mon Mémoire sur la cystotomie épipubienne, lu à l'Académie de médecine en 1834, et publié en 1839. Mais quelle que soit l'élasticité de ces fils, elle ne peut s'exercer s'ils n'ont pas une certaine longueur; et elle serait insuffisante, s'ils étaient serrés immédiatement sur les chevilles. Pour leur donner plus de jeu et d'élasticité j'ai fait

construire le serre-nœud représenté dans la fig. 9, et que l'on voit fonctionnant dans la fig. 10.

Fig. 9. *Fig.* 10.



Les fils, en tel nombre qu'on le juge convenable, passés dans le trou des cylindres, viennent se réunir sur le crochet que supporte un ressort en spirale destiné à augmenter encore l'élasticité. Un appareil analogue pourrait être utile dans la staphylorraphie, et je me propose de l'appliquer.

Absence de la lèvre postérieure de la fistule. Occlusion par le col de l'utérus.

Pour que la lèvre antérieure de la fistule s'adapte à la postérieure par la surface vaginale, il faut que la perforation ait eu lieu au centre du bas fond de la vessie; car si elle était plus en avant près du col ou en arrière vers l'utérus, l'une des lèvres manquerait et le soulevement de la cloison ne pourrait être qu'incomplètement obtenu : de même si la lèvre postérieure avait contracté des adhérences avec le col de l'utérus. Pour le cas d'absence de la lèvre postérieure ; j'ai pensé que l'on pourrait faire servir à l'occlusion de la fistule, le col de l'utérus avivé à sa surface antérieure : pour le maintenir en rapport avec l'ouverture, on peut le traverser d'un fil, le saisir avec une espèce de collier, tel que celui représenté dans les fig. 11, 12, 13,

Fig. 11.

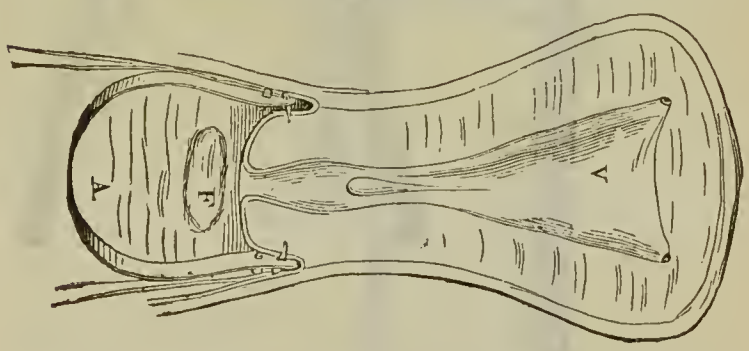
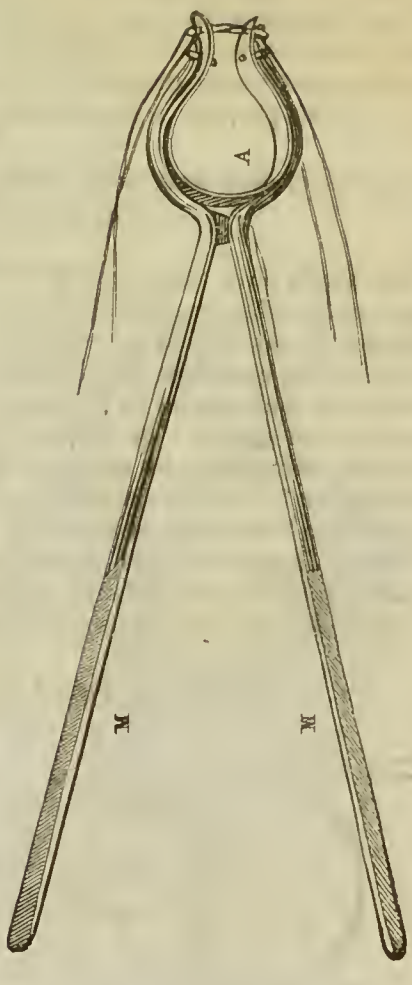


Fig. 12.

Fig. 13.



le soulever avec des érignes, ou bien enfin, et c'est le moyen qui me semble le meilleur, introduire dans la cavité de l'utérus un instrument dont les branches s'écartent et qui, prenant son point d'appui sur les parties latérales de l'organe sans léser son tissu, permet de l'amener doucement en bas au moyen d'une vis et de l'espèce de coquille en argent, à laquelle l'instrument s'adapte, comme on peut le voir dans les fig. 14, 15, 16.

Fig. 14.

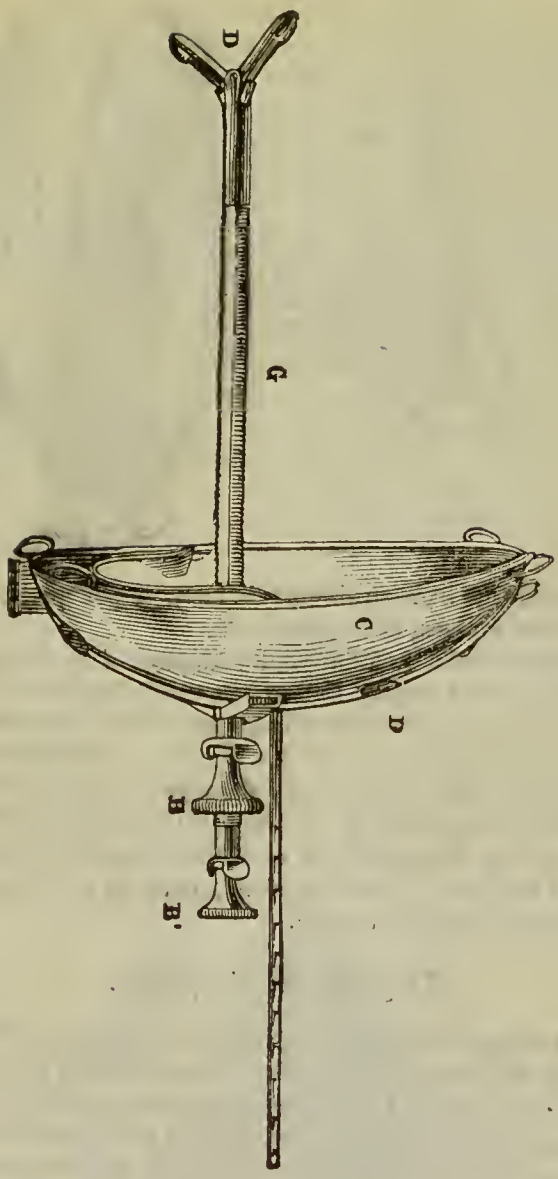


Fig. 15.

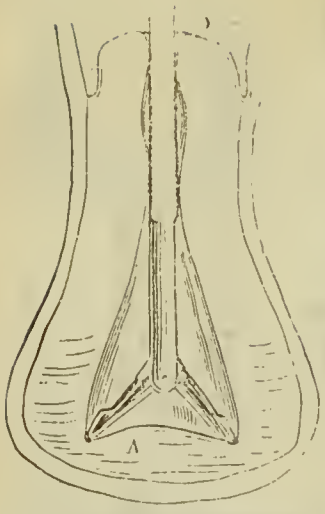
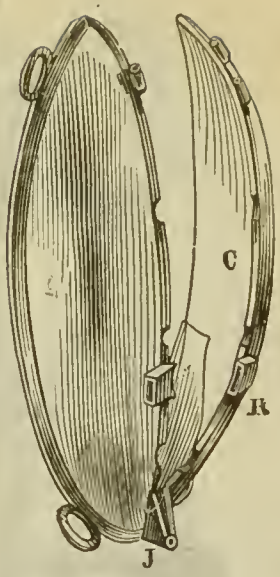


Fig. 16.



Cette coquille est fixée au-devant de la vulve par quatre cordons formant sous-cuisses, et une ceinture.

J'ai tenté, en 1835, à l'hôpital Beaujon, dans le service de MM. Marjolin et Laugier, l'obturation de la fistule par le col de l'utérus. Je m'étais servi des érignes, et je dois convenir que je n'ai pas réussi; la malade, il est vrai, dont l'indocilité et l'inepte passaient toute expression, dérangea l'appareil et voulut qu'on l'enlevât au bout de peu jours. Quant au détracteur de l'utérus qui se dilate dans la cavité de l'organe, Sanson en a fait, il y a huit ans, l'essai à la Pitié, dans un cas d'amputation du col pour l'attirer à la vulve.

Large fistule. Anaplastie.

Nous venons d'examiner les procédés qui paraissent le mieux convenir : 1° aux petites fistules ; 2° aux fistules plus grandes, situées au centre de la cloison et pourvues de deux lèvres ; 3° à celles dont l'une des lèvres manque, il nous reste à voir quel moyen permet de clore les perforations qui occupent la plus grande partie de la cloison. Ici plus d'espérance de rapprochement, il faut chercher ailleurs les tissus nécessaires à l'occlusion, il faut avoir recours à l'autoplastie. Cette méthode peut-être pratiquée de différentes manières : le procédé le plus connu est

celui de M. Jobert, qui, appliqué un assez grand nombre de fois, compte, je crois, une seule réussite, la longueur du pédicule du lambeau obturateur taillé sur la cuisse, où l'une des grandes lèvres de la vulve paraît en être la cause, car on le voit frappé de gangrène vers son sommet. Un autre procédé a été imaginé par M. Velpeau, qui l'a nommé anaplastie en arcade. Ce procédé, que personne n'a réclamé cette fois, consiste à emprunter à la paroi vagino-rectale dédoublée une bande restant adhérente par ses deux extrémités, appliquée ensuite, par son milieu dépouillé de muqueuse, à la cloison vésico-vaginale au moyen de sutures. Je ne saurais dire si ce dédoublement de la cloison vagino-rectale est bien facile sur le vivant, mais j'ai pu m'assurer sur le cadavre qu'à moins d'une dextérité tout à fait exceptionnelle, il doit être bien difficile; je ne veux pas dire qu'il soit impossible, car le successeur du sage Boyer reconnaît bien que l'application du procédé de l'anaplastie en arcade n'a point eu de succès, mais il ne dit pas qu'il l'ait trouvé inexécutable.

A ces deux procédés d'autoplastie, j'ai proposé d'en substituer un qui a peut-être des inconvéniens, mais qui du moins est exempt de ceux que je viens de signaler. Ce procédé, le voici : une incision est faite au périnée au-dessous de la fourchette; on la prolonge dans l'espace celluleux intermédiaire au rectum et au vagin jusqu'à l'endroit où les parois des deux conduits s'accollent intimement pour former la cloison. Deux incisions longitudinales pratiquées sur la paroi postérieure du vagin viennent tomber perpendiculairement sur la première (voir fig. 17); il en résulte un lambeau qui, au moyen de fils passés dans les lèvres de la fistule, se relève, se retourne, et vient s'appliquer, par sa surface saignante, contre la cloison vésico-vaginale préalablement avivée. C'est ce que l'on peut voir dans la fig. 17 bis.

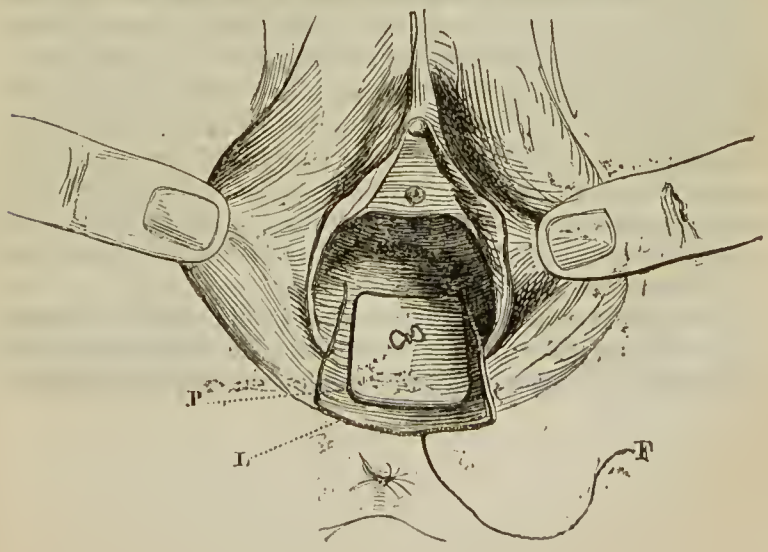
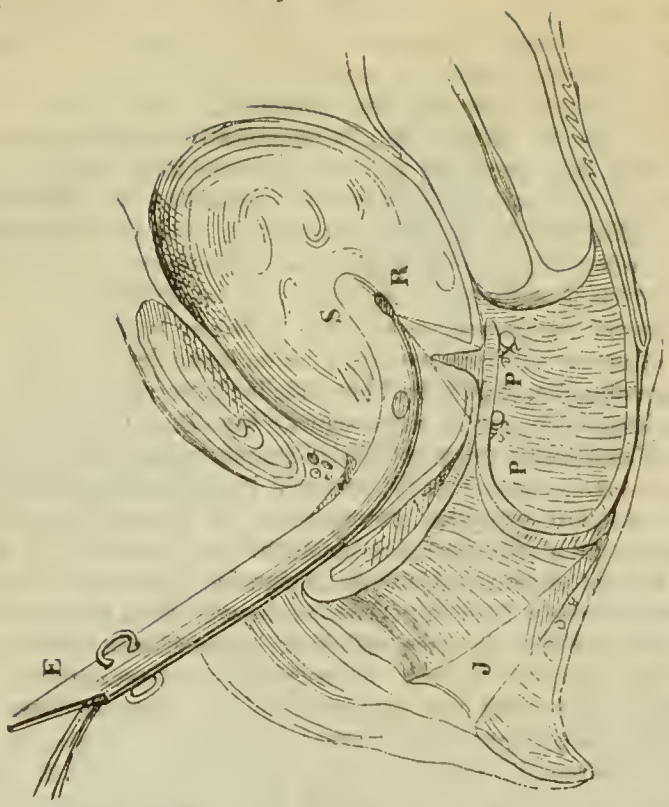


Fig. 17 *bis.*



La traction des fils ayant lieu dans une direction perpendiculaire a celle de la cloison et non parallèlement à cette direction, comme les ligatures ordinaires, elle n'expose pas à la déchirure des bords, pour surcroît de précaution l'on peut faire usage des fils de caoutchouc. Ce lambeau en forme de parallélogramme comprenant toute l'épaisseur de la paroi du vagin, adhérent par une large base au milieu même de ce conduit, par conséquent court et épais, se trouve par tous ces motifs dans de meilleures conditions de vitalité que le lambeau long, mince, pédiculé, du procédé de M. Jobert. Quant à l'exécution, elle est facile puisque la dissection du lambeau s'arrête là où l'union des parois du vagin et du rectum la rend difficile, précisément là où commence celle de M. Velpeau.

Lorsqu'un temps assez long se sera écoulé après l'opération, pour faire supposer que les adhérences du lambeau à la paroi antérieure du vagin sont assez solides, on coupera le pédicule

ou la base du lambeau et la cavité du conduit vaginal se trouvera rétablie.

Dans le cas où par l'absence de lèvres, par des adhérences ou tout autre motif, on éprouverait une trop grande difficulté à passer des fils dans la cloison vésico-vaginale, on pourrait tenir le lambeau étendu et accolé au pourtour de la perforation, en appliquant et fixant sur la face muqueuse du lambeau une plaque en métal ou en ivoire, dont la forme et l'étendue auraient été préalablement calculées sur la forme et l'étendue de la perforation, fig. 17. Un seul cordon partant du centre de la plaque, traversant le lambeau, passant dans le centre de la fistule pour être ramené au dehors par la sonde, suffirait pour tenir appliqué contre la paroi antérieure du vagin, cet obturateur doublé du lambeau qui doit le déborder de toutes parts.

Ce mode d'exécution rendrait beaucoup plus facile le manuel opératoire, et, pour ma part, je lui donnerais la préférence.

L'on a reproché à ce procédé de diviser un tissu réticulaire abondant en vaisseaux; mais je pense que l'on s'exagère le danger de cette lésion. Pour certaines fistules stercorales, on y pratique des incisions sans fâcheux résultat; dans quelques accouchements laborieux, la rupture du périnée n'est point suivie d'accidens graves. Je ferai observer en passant que cette dernière lésion rendrait impossible, comme on peut le comprendre, l'application de ce procédé.

Moyens de faciliter l'application des procédés.

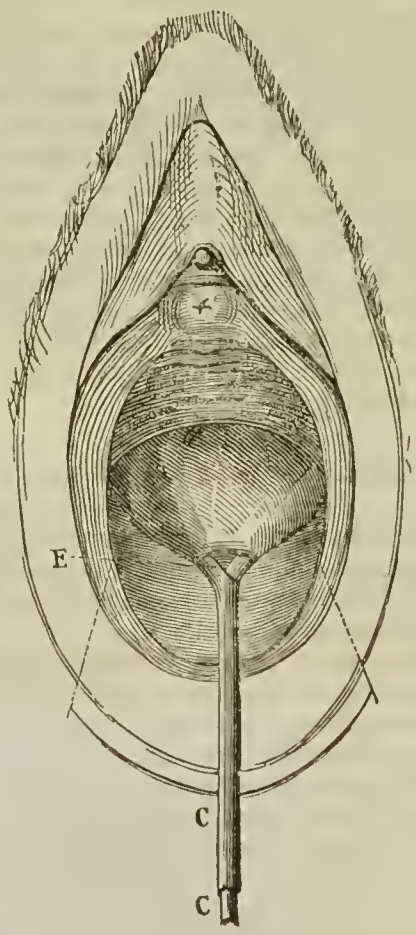
Après avoir décrit les divers procédés qui me semblent le mieux appropriés aux différentes espèces de fistules vésico-vaginales, je vais indiquer divers moyens que j'ai imaginés pour en rendre l'exécution plus facile.

La profondeur à laquelle sont situées les fistules, rend difficile l'avivement de leurs bords; aussi beaucoup d'instrumens et de procédés ont-ils été imaginés pour simplifier ce temps de l'opération. Ce qu'il y aurait de plus commode serait d'amener la fistule à la vulve pour agir ensuite à l'aise, enlever tout ce qu'il convient de la muqueuse et rien de plus que le nécessaire : dans ce but il est arrivé à Sanson d'inciser l'urètre à droite et à gauche, d'y passer un doigt, dont il se servit pour pousser vers la vulve la cloison vésico-vaginale, aviver les lèvres de la fistule et placer les fils de la suture. On pourrait trouver que cette incision de l'urètre, qui est une taille en petit, fait payer chère-

ment à la malade la commodité et la précision d'action de l'opérateur ; aussi ai-je cherché à l'obtenir autrement et j'y suis parvenu en introduisant dans la vessie par la fistule deux crochets au moyens desquels on l'attire doucement pendant qu'une pression modérée, exercée sur les parois abdominales, favorise son abaissement. Les fig. 18, 19,

Fig. 18.

Fig. 19.



montrent un instrument formé de deux tubes, tournant l'un dans l'autre, qui est très propre à remplir cet usage, et dans la fig. 19 on le voit en action.

J'ai fait sur plusieurs malades l'essai de ce double crochet, et je me suis assuré qu'il remplissait très-bien son but; une fois la traction produisit une vive douleur et je dus y renoncer.

Pour faire l'avivement la cloison restant à sa place, il se peut que des pinces à disséquer, des ciseaux et un bistouri suffisent en y joignant beaucoup d'adresse de la part de l'opérateur, de courage de la part de la malade et de patience des deux côtés. Toutefois les chirurgiens qui ne recherchent pas les difficultés pourraient peut-être trouver commodes quelques-uns des instrumens qui ont été imaginés pour aplanir celles de l'avivement: entre tous se distinguent par leur disposition ingénieuse les ciseaux de M. Goglioso; ils sont destinés plus particulièrement à enlever le bord libre de la perforation. J'ai dit que le simple rapprochement des bords me semble insuffisant et j'ai posé en principe l'accolement par de larges surfaces autant que faire se peut. Or, pour l'avivement que nécessite à ce mode d'adhésion, l'instrument de M. Goglioso ne peut convenir. J'en ai donc fait exécuter plusieurs, ce sont des spéculums avec des griffes et une lame ovale formant guillotine, qui enlève dans une grande étendue, d'un seul coup, la muqueuse saisie par les érignes. Voy. fig. 20 et 21.

Fig. 20.

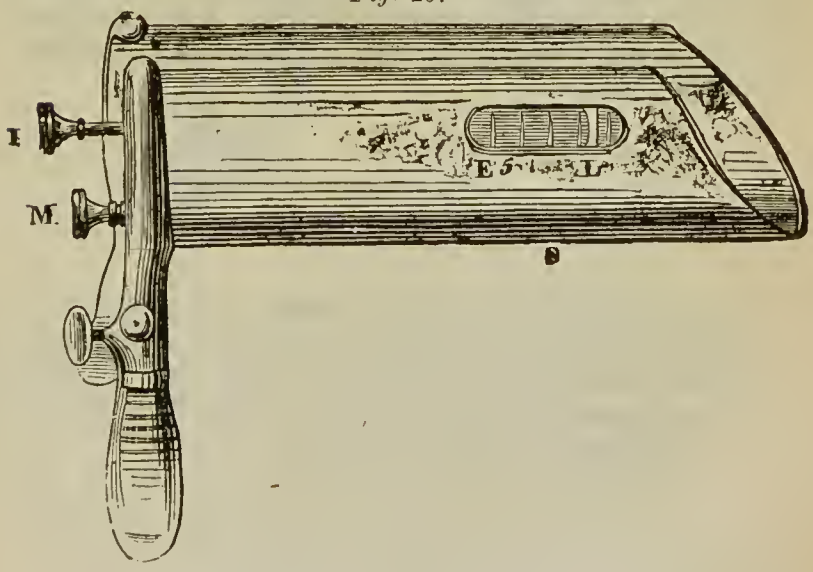
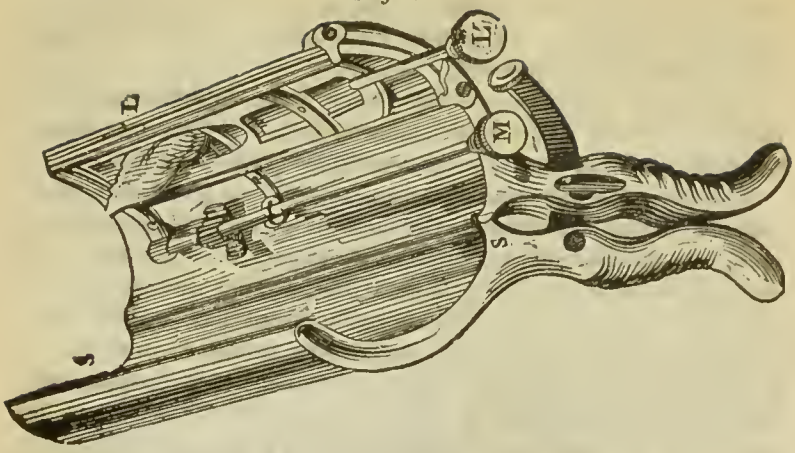


Fig. 21.



Ou bien encore des pinces recourbées qui peuvent agir avec ou sans spéculum (fig. 22).

Celui que je préfère est un spéculum bivalve à recouvrement, dont les bords sont garnis de petites dents en forme de dents de souris. Lorsque les valves s'ouvrent, la paroi entérieure du vagin s'y engage et la superficie du pli saisie par les mors est rasée et détachée avec une lame courbée en forme d'une petite faucille tranchante des deux côtés, parce qu'il peut avoir un double usage : par sa convexité, il peut agir, comme nous venons de le dire ; par sa concavité il sert à l'avivement du col alors que l'on veut l'employer comme obturateur. Pour râper le col utérin l'on peut encore faire usage de l'espèce de plane représentée figure 23.

Fig. 22.

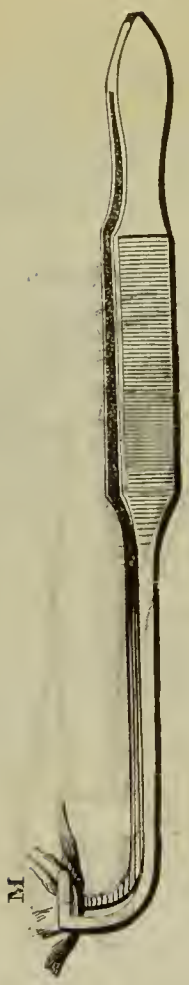
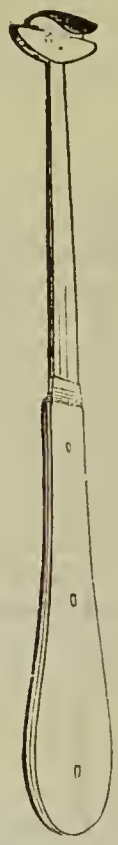


Fig. 23.



Pour faciliter le placement des fils, j'ai imaginé plusieurs porte-aiguilles ; l'un d'eux est représenté dans la fig. 24. Sur l'aiguille est une rainure dans laquelle est reçue une goupille qui fait l'office de pivot ; en sorte que par un mouvement en cercle, l'aiguille traverse la cloison de bas en haut (fig. 25),

Fig. 24.

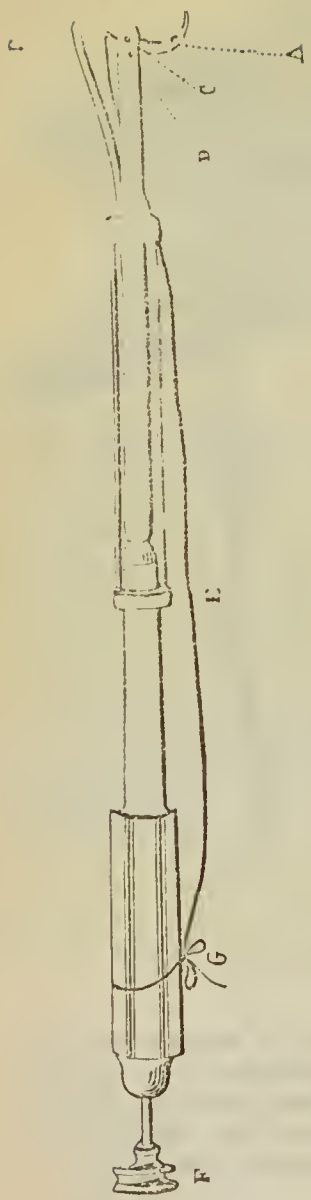
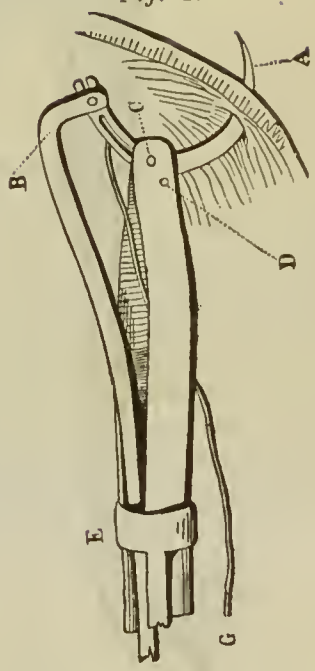
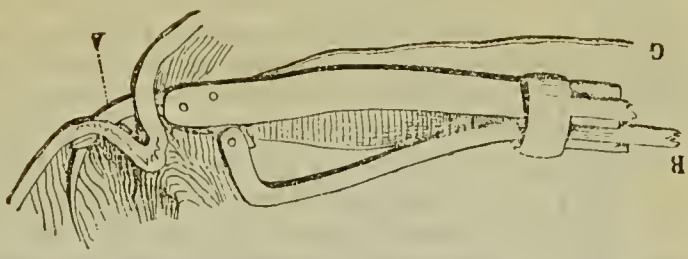


Fig. 25.



la traverse de nouveau de haut en bas, et revient dans le vagin (fig. 26),

Fig. 26.



où elle est saisie par une pince qui l'amène à la vulve. Pour exécuter son mouvement de demi-rotation, l'aiguille obéit à la traction de la tige coudée BBF La bifurcation de l'extrémité de l'aiguille permet la séparation facile de ces deux pièces, lorsque l'on retire en arrière le valet E, qui fixe l'aiguille en rapprochant ou éloignant les deux pièces du porte-aiguille, suivant qu'on le pousse ou le retire. Ce porte-aiguille fonctionne bien, et rend plus commode l'application de la suture enchevillée. Je crois devoir ajouter que cet instrument, de même que les quatre cinquièmes de ceux que j'ai décrits dans ce mémoire, ont été exécutés pour moi dans les ateliers de M. Charrière, au mois d'avril 1836. Je rappelle cette date, parce qu'un médecin italien a imaginé, m'a-t-on dit, un porte-aiguille analogue, mais plus récemment.

Un autre système de porte-aiguille est représenté dans les fig. 27, 28 et 29.

Fig. 27.

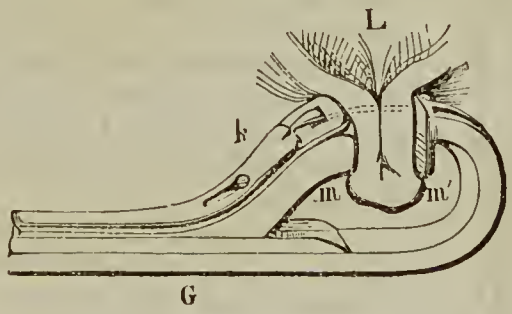
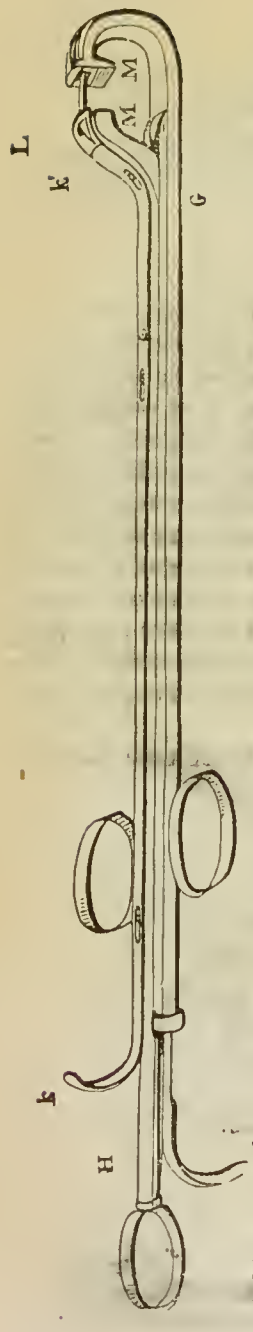


Fig. 28.

Fig. 29.



Celui-ci forme un pli sur la cloison et le traverse d'arrière en avant. Les deux pièces principales de l'instrument glissent l'une sur l'autre à coulisse; elles saisissent la cloison vésico-vaginale entre leurs mors, y forment un pli (ce pli, M M, fig. 27, est trop épais et trop prononcé) : l'aiguille, poussée par une tige J, fig. 29, traverse la partie de la cloison repliée; lorsque sa pointe est assez saillante en avant, elle est saisie par la plaque fenêtrée K K, et amenée à la vulve par la portion B du porte-aiguille. Cet instrument pourrait aussi être employé utilement dans l'opération de la staphyloraphie.

Un autre enfin, qui n'est que celui-ci multiplié trois ou quatre fois, passe d'un seul coup, en traversant le repli formé sur la lèvre de la fistule, trois ou quatre fils suivant l'étendue de la perforation.

J'ai fait l'application de ces instrumens à la Pitié en 1836, dans le service de Sanson, sur la jeune femme à laquelle cet habile et si regrettable chirurgien avait pratiqué l'avivement et la suture, comme je l'ai dit plus haut. Je dois ajouter que je n'ai pas été plus heureux que lui, l'avivement ayant été fait trop superficiellement. Dans plusieurs de ces sutures pratiquées sur la cloison vésico-vaginale, les petites aiguilles à pointes mobiles, de M. Fauraytier, peuvent rendre des services.

J'ai la confiance, et on me pardonnera si je l'exprime, que les procédés dont je viens d'indiquer rapidement le but, le mode d'action et le mode d'exécution, augmenteront les chances de réussite; cependant je ne m'abuse pas au point de ne prévoir que de succès, il ne restera encore que

trop de pauvres femmes pour lesquelles il y aura impossibilité d'obtenir l'occlusion de la fistule.

Discuterai-je les chances de l'incision de toute la longueur de l'urètre et de la portion vésico-vaginale en avant de la fistule pratiquée par M. Moulinié ? Il est probable que ce chirurgien a été conduit à la tenter par les succès de cette méthode pour la cure des fistules anales, mais il a supposé une analogie qui est loin d'exister. Après la section, la paroi postérieure ou vaginale de l'urètre se rétracte à droite et à gauche, elle s'efface et ne laisse sur le vagin que de légers reliefs dont la réunion ne peut plus avoir lieu : la restauration du canal ne saurait plus être obtenue que par l'autoplastie. Je concevrais encore des incisions pratiquées aux angles de la perforation en même temps que l'on aviverait ses bords, parceque l'on transforme ainsi en une plaie oblongue une ouverture ovale ou ronde, et que le travail de réunion et de rapprochement qui se fait aux angles pourrait peut-être rapprocher et réunir la partie moyenne ; mais quant à l'incision de l'urètre qui vient tomber perpendiculairement sur le centre de la fistule, je ne la comprends pas, c'est, il me semble, le plus sûr moyen de rendre la maladie incurable.

C'est ici que viendrait se placer le procédé de M. Vidal de Cassis, qui consiste à fermer la vulve et à faire du vagin une cavité supplémentaire, un appendice de la vessie. L'auteur paraît tellement convaincu de l'inutilité des tentatives que l'on peut faire dans le but de guérir les fistules assez larges pour admettre librement le bout du doigt, c'est-à-dire, ayant au delà de 18 millimètres ; il a tant de confiance dans son procédé, qu'il n'hésite pas à lui présager un grand avenir. Je ne sais si beaucoup de chirurgiens partageront cette opinion ; pour moi, je ne conteste pas la possibilité de cette opération, bien qu'à l'entrée de la vulve, de même qu'à la cloison vésico-vaginale, on ait à craindre l'influence délétère du contact de l'urine, qui, dans un point comme dans l'autre, doit empêcher les adhérences de se former : je veux bien croire que l'occlusion de la vulve étant opérée, l'espèce de cloaque dans lequel croupiront l'urine et le sang des règles ne s'enflammera pas ; que l'ulcération du col de l'utérus n'en sera pas la suite ; que des calculs de phosphate de chaux, d'ammoniaque et de magnésie ne se formeront pas dans cette urine altérée ; que l'urine ne s'infiltrera pas à travers l'utérus et les trompes dans le péritoine ; que le chirurgien ne se verra pas bientôt forcé, pour parer à de tels accidens, de rouvrir la vulve, qu'il avait à grand'peine oblitérée. Je suppose toutes

ces appréhensions chimériques, et je me contenterai de faire observer que murer le vagin, supprimer les fonctions génitales n'est pas chose indifférente ; que c'est là un moyen extrême dont l'essai ne doit être tenté qu'après avoir vu échouer les divers procédés proposés pour la guérison de la fistule elle-même.

Supposons que le chirurgien ou la malade n'aient pas voulu tenter les chances du procédé de M. Vidal, même comme moyen extrême, ou que cette tentative ait été inutile, je ne vois plus que des palliatifs à opposer à une si déplorable infirmité. Au premier rang de ces palliatifs vient se placer le tamponnement du vagin. Ce moyen, on le sait, a quelquefois semblé produire des guérisons complètes entre les mains de Chopart et Desault : je dis qu'il semble ; car ces guérisons ont été mises en doute par divers chirurgiens et entre autres par M. Velpeau, qui voit dans la réplétion du vagin un obstacle au resserrement de la fistule. Les raisons qu'il en donne ne me paraissent pas concluantes ; je pense, au contraire, que le tamponnement remplit plusieurs des conditions que j'ai posées comme essentielles : il soulève la cloison vésico-vaginale, efface le bas-fond, fait que la fistule cesse d'occuper le point le plus déclive, rapproche les lèvres par la tension des angles, comme il arrive pour une boutonnière dont les extrémités sont tirées en sens inverse. Le tamponnement, depuis Desault, n'a pas été employé comme moyen curatif, aussi manquons-nous de faits pour l'apprécier : ce n'est donc pas sous ce point du vue, mais comme simple palliatif, que nous avons à nous en occuper ; nous ne voulons voir dans la possibilité de guérir qu'un bonheur et inattendu.

Une circonstance a dû nuire jusqu'à ce jour à l'emploi du tamponnement, c'est la prompte altération des substances entassées dans le vagin ; altération de laquelle résulte la nécessité d'un renouvellement fréquent. J'ai trouvé dans le caoutchouc réduit en pâte une substance molle, élastique, imputrescible, très-propre à faire un tamponnement méthodique, voici comment : je prends du caoutchouc en feuille (1), je taille une bande large de trois à quatre doigts, je l'introduis dans le vagin en l'appliquant à la paroi supérieure au-devant de la fistule, puis je

(1) Ces feuilles, par leur élasticité, la faculté qu'elles ont de s'agglutiner entre elles, et leur inaltérabilité, seront d'un grand usage : pour les varices, pour les ulcères, pour le traitement des tumeurs blanches, par le procédé de mon ami le docteur Lavacherie, et dans d'autres circonstances encore, elles sont appelées à rendre des services.

prends du caoutchouc ramolli à la consistance d'une pâte, j'imprègne, j'enveloppe de cette pâte des boulettes de charpie que j'introduis successivement en quantité suffisante pour bourrer le vagin. Si la malade est en âge d'avoir ses règles, avant de tamponner on place une canule évasée en arrière pour recevoir le col de l'utérus.

J'ai encore fait exécuter, par M. Lasserre, des pessaires élastiques auxquels s'adapte une plaque obturatrice.

Si l'on ne parvient pas ainsi à prévenir le suintement de l'urine, il faudrait, pour empêcher ce liquide de baigner et d'irriter les parties génitales, le prendre à l'ouverture fistuleuse et le conduire dans un réservoir en zinc s'adaptant à la cuisse qu'il embrasse dans sa concavité.....

Tels sont les divers procédés, moyens curatifs et palliatifs, que j'ai imaginés pour porter remède aux fistules vésico-vaginales. Depuis quatre ou cinq ans, je n'ai point recherché les occasions d'en faire l'application; mes premiers essais m'ayant montré toute la grandeur des difficultés, je me suis borné à voir, à étudier et à préparer les moyens de les vaincre : je crois en avoir aplani plusieurs et avoir agrandi les chances de réussite. Si quelques-uns de mes confrères partageant cette confiance veulent tenter l'essai de l'un ou de plusieurs des procédés qui viennent d'être sommairement décrits, je me ferai un plaisir de mettre à leur disposition les moyens de les exécuter, les priant seulement, s'ils réussissent, de ne pas s'attribuer une part trop large dans la propriété de ces procédés; car, je l'avouerai, plusieurs d'entre eux n'ont pas été appliqués encore : les opérateurs auxquels le hasard offrirait une heureuse occasion d'en faire usage pourraient donc, d'après une doctrine que l'on voudrait faire prévaloir, prendre dans l'invention une part plus forte que celui qui l'aurait conçue, qui en aurait calculé les chances, qui aurait fait exécuter les instrumens nécessaires pour l'appliquer, qui aurait tracé les règles d'après lesquelles doit avoir lieu cette application, qui par des essais aurait démontré le mécanisme et la possibilité de l'exécution, qui peut-être, enfin, la développera et la perfectionnera plus tard. Voilà en effet ce qui m'arrive au sujet de la lithotritie, ce qui pourra m'arriver demain au sujet du traitement des fistules vésico-vaginales : je pensais, dans ma simplicité, qu'une telle doctrine ne pourrait jamais prendre racine dans le domaine de la science; et voilà que,

parmi les hommes les plus haut placés sur l'échelle de l'intelligence, il s'en trouve qui l'adoptent et la soutiennent. Comme le génie et la position leur donnent une influence toute-puissante sur le monde savant, je ne puis que me résigner et attendre le jour de la réaction; car elle ne peut manquer d'arriver, et ces savans eux-mêmes en seront les promoteurs. Ils reconnaîtront bientôt que cette théorie de l'application ainsi généralisée menace la science, l'étude, le progrès; qu'elle tendrait à placer l'œuvre manuelle au-dessus de l'œuvre intellectuelle; qu'elle atteindrait beaucoup de découvertes, et peut être même les leurs; car le complément de la démonstration, la mise en œuvre dans l'industrie et la pratique, a souvent été fait par d'autres que par eux.

Déjà la cause des hommes à idées a trouvé un puissant défenseur à l'Académie, dans M. le secrétaire perpétuel, pour les sciences mathématiques. On se rappelle avec combien de raison, d'éloquence et de patriotisme il a soutenu les droits de Papin à l'invention de la machine à feu; ceux de Perrier et de Jouffroy à l'invention des bateaux à vapeur : et pourtant il reconnaissait, non-seulement que leurs machines n'avaient pas été appliquées, mais qu'elles étaient peu applicables, et que la démonstration pratique appartient à d'autres.

« Disons *toutefois*, ajoutait M. Arago (*Annuaire de* 1837), que le premier bateau à vapeur auquel on n'ait pas renoncé après l'avoir essayé, que le premier qui ait été appliqué au transport des hommes et des marchandises est celui que Fulton construisit à New-York en 1807. »

Comment l'illustre académicien accueillerait-il donc ces prétentions étrangères si l'œuvre de Perrier avait été tellement complète qu'il n'y eût plus qu'à trouver des passagers assez confians pour entreprendre le voyage et à mettre le feu sous la chaudière? Evidemment il les repousserait comme indignes d'examen et de discussion. Eh bien! telle est exactement (*si parvis componere magna..*) l'état de la question en ce qui concerne l'invention et l'application de la lithotritie.

Me voici bien loin des fistules vésico-vaginales, et j'en demande pardon à mes lecteurs; j'espère qu'ils comprendront mes appréhensions, car le passé n'est pas fait pour me rassurer complétement sur l'avenir.

FIN.

IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, RUE DE VAUGIRARD, 36.